



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine

Analyse Approfondie de Cas 11 :

Désunion cicatricielle de mastectomie après transfert précoce en EHPAD.

Date de parution : Juin 2013

- Catégorie : Chirurgie générale
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- Attention aux documents rédigés de façon anticipée !!!
Leur délivrance doit s'accompagner d'une vérification ultime de leur validité.
- Les ordonnances vierges et pré signées sont interdites par la loi. En outre, « la délégation de signature » sur des ordonnances est, elle aussi, interdite par la loi.
Ainsi, lorsque les infirmières rédigent des ordonnances qui vont être recopiées et signées par les secrétaires, il s'agit **d'exercice illégal de la médecine**.
- Le patient doit quitter un établissement en possession de tous les documents nécessaires à la poursuite de sa prise en charge !

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Le patient de 73 ans est opéré d'une mastectomie gauche pour une tumeur du sein le lundi 17 novembre. Après réception des résultats de l'examen anatomopathologique, un curage axillaire complémentaire est réalisé le 19 novembre.

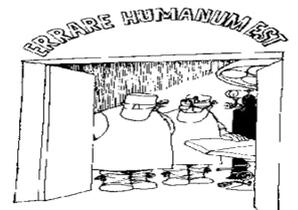
Il regagne son domicile en EHPAD le lundi 24 . L'ablation des fils est réalisée par l'infirmière le 25 et une désunion de la cicatrice se produit dans les heures suivant cette ablation des fils.

Le patient est ré-hospitalisé en service de chirurgie pour une reprise chirurgicale de la cicatrice le jour même.

Il retourne en EHPAD le 1^{er} décembre, après une évolution favorable des suites opératoires.

Un courrier de réclamation a été adressé par le responsable de l'EHPAD au directeur de l'établissement.

L'analyse est réalisée au sein de l'établissement, sous forme d'une analyse collective et d'entretiens individuels par l'équipe de gestion des risques.



CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Ré-intervention pour désunion cicatricielle.
Anesthésie générale itérative.
Prolongation de l'hospitalisation de 7 jours.

Impact émotionnel .

Évolution ultérieure sans complications .

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet en grande partie d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Vendredi 31 octobre : Le patient de 73 ans, vivant en EHPAD, est vu en consultation chirurgicale pour une tumeur du sein gauche. Une indication de mastectomie simple est posée.

Ce patient présente des antécédents d'accident vasculaire cérébral hémorragique, épilepsie, flutter, embolie pulmonaire, phlébite, diabète non insulino-dépendant, éthyliste chronique et déficience mentale.

Il est sous traitement AVK dont l'arrêt est prévu le 9/11 avec un relais par Calciparine® avant l'intervention programmée le 17 novembre.

Le 13 novembre : Consultation pré-anesthésique.

Le 16 novembre : Le patient est transféré de l'EHPAD en service de chirurgie. Une fiche de liaison est adressée au service de chirurgie.

Le 17 novembre : Le patient est opéré d'une mastectomie gauche. L'examen histologique extemporané exprime un doute sur le caractère malin de la tumeur.

Le 19 novembre : Le résultat histologique définitif confirme un carcinome mammaire et le patient est opéré d'un curage axillaire gauche le jour même.

Le vendredi 21 novembre : Le service de chirurgie téléphone à l'EHPAD pour organiser la sortie du patient prévue pour le lendemain. L'EHPAD informe le service qu'il n'y a pas d'admission le samedi. La sortie est alors repoussée au lundi 24/11.

Une ordonnance de sortie a déjà été rédigée, probablement lors de la visite du chirurgien vers 7h 45, en prévision du départ le lendemain.

Le 22 novembre : Les drains de Redon sont enlevés.

Le lundi 24 novembre : Le patient retourne en EHPAD avec une ordonnance médicale et une fiche de liaison. Sur l'ordonnance, l'ablation des fils de sutures est prescrite à la date du 25 novembre (8° jour post opératoire de la 1° intervention et 6° jour post opératoire de la 2°).

L'infirmière de l'EHPAD contacte le service de chirurgie car elle s'étonne que la prescription médicale ne comporte qu'une injection journalière de 0,30 ml de Calciparine®. Le service confirme que la posologie quotidienne est de 3 injections de 0,30 ml de Calciparine®. Cette information est reportée par l'infirmière sur l'ordonnance.

Le 25 novembre : 9° jour post opératoire 1 et 6° jour post opératoire 2, l'infirmière de l'EHPAD procède à l'ablation des fils de suture de la plaie opératoire, conformément aux instructions de date notées dans l'ordonnance médicale transmise par le service de chirurgie.

Elle commence par retirer un fil sur deux, puis la totalité, la cicatrice est propre. Elle recommande au patient de rester au calme. Celui-ci se rend tout de même au café et à son retour l'infirmière observe que le pansement est souillé. Lors de sa réfection, elle constate la désunion cicatricielle dont elle informe aussitôt le service de chirurgie.

Dans l'après-midi, le patient est transféré en chirurgie, pour une reprise chirurgicale de cicatrice.

Le 1° décembre : Le patient quitte le service de chirurgie et retourne en EHPAD.

Cinq ordonnances différentes, dont deux datées du 21 novembre, sont transmises à l'EHPAD.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Ablation prématurée des fils : 6° jour postopératoire de la 2° intervention.

Ordonnance d'ablation des fils non actualisée : elle avait rédigée précocement après la 1° intervention.

Absence de transmission des informations pertinentes concernant le séjour et nécessaires à la bonne continuité des soins.

Facteurs latents

Patient :

Capacités cognitives altérées (déficience mentale)

Ethylisme chronique

Entourage familial peu aidant (frère , déficient mental également)

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels :

Transgression des règles de rédaction des ordonnances par les infirmières (en EHPAD pour les anti thrombotiques).

Transgression des règles de rédaction des ordonnances par les secrétaires et les infirmières (Chirurgie) :

- ordonnances rédigées par les infirmières

- puis recopiées et signées par les secrétaires. +++

Délégation abusive de tâches par les médecins : rédaction des documents et ordonnances de sortie confiés au personnel paramédical et administratif (violation du CSP) . +++

Défaut d'élaboration des documents nécessaires à la continuité des soins à la sortie du patient par les médecins.+++

Équipe :

Mauvaise définition des responsabilités et multiplicité des intervenants dans la rédaction et la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins.+++

Pression de l'équipe et du médecin à pérenniser les mauvaises pratiques pour l'élaboration des documents relevant de la responsabilité médicale. +++

Tâches :

Absence de procédure claire et réglementaire pour l'organisation de la sortie des patients. +++

Défaut de transmission des informations utiles à la continuité des soins après la sortie du patient :

- absence de compte rendu d'hospitalisation

- et de fiche de liaison avec les macro cibles de soins.

Transmission de prescriptions incomplètes et erronées (posologie de la Calciparine®)+++

Environnement :

Dossier (non informatisé) mal structuré avec supports de prescriptions multiples, inadaptés et difficilement

Organisation :

Glissement de tâches et transgression des règles connus et acceptés par l'encadrement +++

Institution :

Culture de sécurité insuffisamment développée

Absence de politique de dossier patient unique : coexistence de supports de prescription multiples +++

Absence de projet institutionnel concernant l'organisation de la sortie des patients et la continuité des soins

Facteurs d'atténuation

Pas de facteur identifié



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Ablation des fils après intervention chirurgicale à faire dans les délais conformes selon le type de chirurgie, la localisation et l'âge du patient et surtout selon les indications précises et formalisées par chirurgien.

Commun :

Politique et programme de gestion du dossier patient à définir et mettre en œuvre avec les utilisateurs, avec notamment :

- Support adapté à la continuité de l'enregistrement des informations pertinentes
- Support de prescription et d'administration des médicaments commun et unique

Organisation de la sortie de patient à structurer :

- De façon à pouvoir transmettre toutes les données nécessaires et utiles à la continuité des soins.
- Sans glissement de tâches ni transgression des règles de rédaction des ordonnances.

Rappel des règles de bonnes pratiques et des obligations réglementaires concernant les tâches administratives à l'ensemble des personnels concernés avec garanties managériales de leur observance.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement évitable.



Plateforme Régionale d'Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

Docteur Régine LECULEE
Nathalie ROBINSON cadre de santé

CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
regine.leculee@ccecqa.asso.fr
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général :

Réflexion sur le DMP permettant l'accès à l'information des données d'une hospitalisation pour tous les professionnels de santé, réduisant ainsi les risques de perte d'information utiles dans les interfaces.

Références et Bibliographie

- Article 34 du code de déontologie = Article R.4127-34 du code de la Santé Publique :
- Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.
- Article L4162-1 du Code de la santé publique : L'usage sans droit de la qualité de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme ou d'un diplôme, certificat ou autre titre légalement requis pour l'exercice de ces professions est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à [l'article 433-17 du code pénal](#).
- L'activité des auxiliaires médicaux et des professionnels paramédicaux est définie et limitée par la réglementation qui les concerne (art. R.4311-5 et suivants du code de la santé publique pour les infirmiers, art. R.4321-1 et suivants du code de la santé publique pour les masseurs-kinésithérapeutes). Si ces limites sont dépassées, ces professionnels se rendent coupables d'exercice illégal.

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>